Aus der Universitätshautklinik in Marburg/Lahn
(Direktor: Prof. Dr. Ruete)

Der Erfolg der Zahnbehandlung bei Mundschleimhauterkrankungen, speziell bei Lupus

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der Philipps-Universität zu Marburg

vorgelegt von

Walter Goubeaud
Zahnarzt aus Abendstern

Marburg-Lahn
1936

Hessischer Verlag Karl Euker

Angenommen von der Medizinischen Fakultät zu Marburg
am 26. Februar 1936.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Referent: Prof. Dr. *Ruete*.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die Mundhöhle nimmt im Rahmen des Organismus eine sehr wichtige Stellung ein. Sie ist die Eintrittspforte für den Digestions- und Respirationsapparat. Durch die Sekretion der Drüsen werden Schleimhäute und Zähne immer feucht gehalten und gleichzeitig gereinigt. Mit der Nahrung und der Einatmungsluft kommen aber derart viele Bakterien aller Art in die Mundhöhle, daß diese Selbstreinigung für eine normale Mundhygiene nicht ausreicht. Bildet doch die Mundhöhle den günstigsten Nährboden für die Mikroorganismen, da alles, was sie benötigen, in reichstem Maße zur Verfügung steht. Durch diese Mikroorganismen und die durch Fäulnis von Speiseresten entstandenen Säuren können die Zähne zum Zerfall gebracht werden, d. h. der Karies zum Opfer fallen. Die kariösen Zähne sind dann gerade wieder Brutstätten für die Bakterien. Schon sehr früh ist man zur Einsicht gekommen, daß der Mundhygiene als Prophylaxe bei vielen Krankheiten große Bedeutung zukommt. Wagner berichtet, daß nach Angaben von Hunter oft Verdauungsbeschwerden, Anämien, Mandel- und Halsentzündungen, Drüsenschwellungen, Rheumatismus, Fieberzustände, Sepsis, Gastritis, Kolitis, Purpura, Nephritis und andere Krankheiten mehr auf kariöse Zähne zurückzuführen sind. Auch wurden viele Hautleiden wie Urticaria, Prurigo, Acne juvenilis, Herpes rezidivans, Ekzem, Sykosis barbae, Alopecia areata erst durch die Behandlung bzw. Extraktion von erkrankten Zähnen endgültig zur Ausheilung gebracht. Die Zahnpflege kann man sehr wohl als ein therapeutisches Mittel zur Verhütung und Bekämpfung vieler Krankheiten ansprechen. Kariöse Zähne müssen daher vom gesundheitlichen Standpunkt konservierend behandelt, oder, wenn dies nicht möglich ist, extrahiert werden.

Bei einer bestehenden Schleimhauterkrankung der Mundhöhle kann man indes in Zweifel kommen, welche Behandlungsfolge am schnellsten und sichersten zum Ziele führt. Stellt man die Sanierung des Gebisses an erste Stelle oder die Lokalbehandlung der Entzündung?

Früher vertrat man den Standpunkt, daß bei einer Stomatitis aphthosa und ulcerosa in erster Linie das Gebiß behandelt werden solle. Also zunächst die Zahnsteinentfernung vornehmen, schadhafte Zähne füllen und nicht erhaltungsfähige extrahieren. Fliege legt bei eitriger Gingivitis und Stomatitis zuerst Wert auf die Behandlung der Entzündung und empfiehlt erst nach deren Abklingen zur Sanierung des Gebisses überzugehen. Begründet wird diese Anschauung wohl durch die Infektionsgefahr bei Extraktionen und kleinen Verletzungen, die bei einer restlosen Zahnsteinentfernung vorkommen können. Auch muß einer Weiterinfektion durch Abklatschgeschwüre Vorschub geleistet werden. Schon bei einfacher Berührung des entzündeten Zahnfleisches wird meist eine starke Blutung verursacht, die das Arbeitsgebiet unübersichtlich macht. Für den Patienten ist es außerdem schonender, da diese Zahnfleischerkrankungen meist sehr schmerzhaft sind. Selbstverständlich ist die Behandlungsfolge bei Formen der Stomatitis und Gingivitis, die direkt vom Zahnsystem ausgehen, eine umgekehrte. So kann z. B. eine Gingivitis calculosa nie ausheilen, bevor der Zahnstein restlos entfernt ist. Auch Erkrankungen, die durch Prothesen, überstehende Füllungen und Kronen hervorgerufen werden, können natürlich nur geheilt werden, wenn zuerst die Ursache entfernt wird.

Ich habe nun den Auftrag erhalten, drei Patienten zu untersuchen und festzustellen, welchen Einfluß die Zahnbehandlung auf die Heilung eines Schleimhautlupus der Mundhöhle ausübt.

Der Lieblingssitz des Lupus ist das Gesicht. Sehr oft geht er von der Nasenschleimhaut aus, so daß auch der knorpelige Teil der Nase häufig in Mitleidenschaft gezogen wird. Die Schleimhaut des Mundes wird dagegen viel weniger befallen. Obgleich auch einige Fälle in der Literatur beschrieben sind, so ist der primäre Lupus hier sehr selten. Eigentlich könnte es doch im Munde durch infizierte Nahrungsmittel und schmutzige Gegenstände leichter zu einer Infektion kommen. Es bietet nämlich die Mundhöhle Schlupfwinkel genug, in denen die Bazillen leben und sich lange virulent erhalten können. Kleine Verletzungen, die fast jeden Tag im Munde vorkommen, bieten die beste Eintrittsmöglichkeit. Auch hier

sind die pulpentoten Zähne nicht zu vergessen. Diese Pforte ist um so gefährlicher, als sie direkt zum Knochen führt. Besonders beim Milchzahngebiß mit den großen Foramina apicalia ist dieser Weg, den die Bakterien nehmen können, nicht zu unterschätzen. Wie Bichlmayr schreibt, haben schon mehrere Autoren diesen Weg für den Tuberkelbazillus festgestellt. (Euler, Mendel, Mela, Meyer, Partsch, Stark u. a. m.)

Will man einen Schleimhautlupus behandeln, so muß man ihm wohl wie jeder Entzündung zunächst jede Möglichkeit einer Weiterinfektion, soweit dies irgend möglich ist, nehmen. Das heißt in diesem Falle vor allen Dingen für eine gute Mundhygiene sorgen. Dazu gehört besonders die Sanierung des Gebisses. Da ein Lupus der Mundschleimhaut fast nie schmerzhaft ist, so liegen hierin keine Schwierigkeiten. Aber gerade die Gefahr der Weiterinfektion läßt manchen Zahnarzt vor der Sanierung des Gebisses zurückschrecken. Führt man sich aber alle die Infektionsmöglichkeiten bei einem schlecht gepflegten Gebiß mit kariösen Zähnen, Zahnstein und Zahnfleischtaschen vor Augen, so zieht man doch evtl. eine einmalige Infektionsgefahr einer dauernden vor. Bei tiefzerstörten pulpentoten Zähnen ist auch oft das Ligamentum circulare zugrunde gegangen und so liegen hier dauernd doppelte Möglichkeiten zur Knocheninfektion vor. Bei einer Extraktion bietet der Blutpfropf immerhin einen einigermaßen guten Schutz gegen eine Infektion. Burruano schreibt zwar, daß sich die Heilung von Extraktionswunden verzögere, da das Alveolargewebe in seiner proliferativen Fähigkeit bei Tuberkulose toxisch geschädigt sei.

Die Behandlungsart des Schleimhautlupus, wie überhaupt des Lupus, ist noch recht vielseitig. Die Autoren führen die verschiedensten Methoden an. Sie haben aber nur in Grenzen Erfolge zu verzeichnen. Einer allgemeinen antituberkulösen Therapie mit Diätbehandlung wird von fast allen eine gewisse Beobachtung geschenkt. Uhlig sieht in der chirurgischen Diathermie sozusagen das Ideal. Nußbaum und Tebrügge halten die Vereisung mit einem Kohlensäure - Azetongemisch beim Schleimhautlupus für das gegebene. Wieder andere Au-

toren verlangen die Goldtherapie, oder Gaben von Jodkali, oder Bestrahlungen mit der Kromayerlampe, Quecksilberlampe, Finsenlicht oder Röntgenbestrahlungen. Auch werden nach wie vor Ätzungen mit Pyrogallussäure oder Milchsäure empfohlen. Aus dieser Anzahl angeführter Methoden ist schon zu ersehen, daß ein Idealmittel noch nicht gefunden ist.

Ich habe nun von vorhergehenden Gesichtspunkten ausgehend meine Patienten behandelt.

Patientin: A. W. 38 Jahre alt.

Klinische Diagnose: Lupus vulgaris.

Das Leiden der Patientin geht bis zur Kindheit zurück. Nach der Impfung mit 1½ Jahren habe sich am rechten Arm eine Hauterkrankung gebildet. Im 6. Jahre sei eine ähnliche unter dem Kinn aufgetreten. Von ihrem Hausarzt wurde sie bestrahlt. 1934 kam sie in die hiesige Klinik, wurde hier behandelt und zwei Monate später als gebessert ihrem Hausarzt überwiesen. Im November 1935 erschien sie wieder zur Behandlung. Es wurde nun auch noch ein Schleimhautlupus in der Mundhöhle labial des oberen Alveolarfortsatzes von 4| bis |4 festgestellt. Die Patientin gibt an, daß dieser Lupus, wenn auch nicht in solcher Form, schon 6 bis 7 Jahre bestehe.

Es findet sich von 4| bis |4 eine etwa 1½ cm breite Hypertrophie des Zahnfleisches und der Papillen. Dieser Streifen ist hochrot und zeigt nach der Umschlagfalte deutlich hervortretende Kapillaren. Knötchen sind kaum zu sehen. Schmerzhaftigkeit besteht nicht.

Zahnschema:

						×					×				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
										×		×		·	

Wie das Zahnschema zeigt, sind die vorhandenen Zähne gesund. Supra- und subgingivaler Zahnstein ist in großer Menge vorhanden.

Dies Röntgenbild zeigt zwar erweiterte Periodontalspalten und eine Knochenatrophie, aber sonst keine krankhaften Veränderungen des Knochens.

Ich führte die Behandlung des Schleimhautlupus folgendermaßen durch:

Zunächst nahm ich in drei Sitzungen eine restlose Zahnsteinentfernung vor und ätzte die Zahnfleischtaschen mit Chlorphenol. Die Patientin bekam kochsalzarme Kost, Lebertran und Höhensonnenbestrahlungen. Ferner mußte sie den Mund nach jeder Mahlzeit mit Tct. myrrhae und ratanhiae (1/2 Teelöffel auf 1 Glas Wasser) spülen. Nach acht Tagen war die Hypertrophie schon auf etwa 1 cm zurückgegangen. Nun behandelte ich das lupöse Gewebe mit 10 proz. Milchsäure und steigerte bis auf 30 Proz., um dann wieder bis auf 10 Proz. zurückzugehen. Nach vier Wochen waren kaum noch Erscheinungen sichtbar.

Patientin: H. S. 24 Jahre alt.

Klinische Diagnose: Lupus vulgaris.

Die Patientin leidet seit dem 16. Lebensjahre an einem Gesichtslupus. Sie wurde in verschiedenen Zwischenräumen behandelt und immer wieder als gebessert entlassen. Da dieser Lupus wieder rezidivierte, suchte sie die hiesige Hautklinik auf. Wangen, Nase und Unterlippe zeigen neue Lupusherde. Auch besteht seit dem Frühjahr an dem rechten oberen Alveolarfortsatz buccal ein Schleimhautlupus, der von 8] bis 1[geht. Das Zahnfleisch ist geschwürig zerfallen und grau be-

legt. Die Papillen lassen sich mit dem Luftbläser von den Zähnen abblasen und hängen bis fast zur Kaufläche herab.

Die Behandlung des Schleimhautlupus wurde wieder mit der Sanierung des Gebisses eingeleitet. In drei Sitzungen wurde der Zahnstein entfernt und die Zahnfleischtaschen mit Chlorphenol geätzt. Kochsalzarme Kost, Lebertran, Höhensonnenbestrahlungen und Mundspülungen mit Tct. myrrhae und ratanhiae (1/2 Teelöffel auf 1 Glas Wasser) wurden angeordnet.

Zahnschema:

			//												×
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
×													/		×

Dann wurde $\overline{6}$ gefüllt und $\underline{5}$, der tiefzerstört und obgleich er von lupösem Gewebe umgeben war, extrahiert. Die Heilung der Extraktionswunde war normal. Danach wurden Ätzungen vorgenommen mit 10 proz. Milchsäure und diese bis auf 30 Proz. gesteigert. Zwischendurch wurde eine einmalige Bestrahlung mit der Kromayer-Quarzlampe vorgenommen. Die Heilung setzte schon nach der Chlorphenolätzung ein, und zwar von distal und schritt langsam, aber stetig nach medial fort. Nach vier Wochen war der Herd bis auf 1 cm bei $\underline{1}$ abgeheilt. Auch hier zeigte sich schon frisches, gesundes Granulationsgewebe.

Patient: K. P. 39 Jahre alt.

Klinische Diagnose: Lupus vulgaris.

Mit 15 Jahren wurde der Patient an der Nase operiert. Bei der Abheilung blieb eine kleine fressende Wunde zurück. Er ließ sich von einem Naturheilkundigen behandeln. Die Nase fiel dem Prozeß zum Opfer. Allmählich wurden die Wangen und Lippen erfaßt. In den verschiedenen Jahren wurde er in der hiesigen Hautklinik behandelt und fast immer als erscheinungsfrei entlassen. 1933 wurde auch die Mundschleimhaut erfaßt. Sie zeigte Ulcerationen und Zerfall. Nach mehrwöchentlicher Behandlung wurde er als gebessert entlassen. Vor einigen Wochen erschien der Patient wieder mit neuen Ulcerationen am harten Gaumen und den Alveolarfortsätzen des Oberkiefers.

Der Patient bekam kochsalzarme Kost, Lebertran, Höhensonne und Bestrahlungen mit der Kromayer-Quarzlampe. Auch mußte er nach jedem Essen den Mund mit Tct. myrrhae und ratanhiae (1/2 Teelöffel auf 1 Glas Wasser) spülen. Nach vier Wochen wurde der Patient auf eigenen Wunsch als gebessert entlassen.

Zahnschema:

	√	√	×		/		/	√	/	√	√	×			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
/	×	×									/		×	×	√

Wie aus dem Zahnschema ersichtlich, ist ein großer Teil der Zähne vollkommen zerstört. Der Patient lehnte aber die Sanierung des Gebisses ab und so war ich in der Lage, die Abheilung des Schleimhautlupus nach beiden Behandlungsmethoden zu verfolgen.

Nach Campoy sollen die Zähne der Tuberkulösen der Karies viel leichter zum Opfer fallen. Man muß daher auf den Zustand des Gebisses ein besonderes Augenmerk richten. Der Patient muß vor allen Dingen in einen guten Kräftezustand gebracht werden. Hat dieser ein vollkommen zerfallenes Gebiß, so ist eine normale Ernährung nicht möglich. Denn, wie schon erwähnt, gehen oft viele Schädigungen des Organismus, besonders des Magen-Darmkanals, vom erkrankten Zahnsystem aus.

Auch bei den beiden erstbeschriebenen Fällen konnte ich einen günstigen Einfluß der Behandlung des Gebisses auf die Abheilung des Mundschleimhautlupus feststellen. Im Gegensatz hierzu steht der Erfolg bei dem Patienten K. P. Obgleich bei ihm das lupöse Gewebe stärker gereizt wurde, war nur eine geringe Heilungstendenz zu verzeichnen. Aus diesen Ergebnissen ist ersichtlich, daß man bei Behandlung des Schleimhautlupus der Mundhöhle auch besonderen Wert auf die Sanierung des Gebisses legen muß.

Zeichenerklärung des Zahnschemas:

/ bedeutet Zahn leicht erkrankt.
// „ „ schwer erkrankt.
√ „ Wurzel.
× „ Zahn fehlt.
• „ „ gefüllt.

Herrn Prof. Dr. Ruete bin ich für die Überlassung des Themas und des klinischen Materials, sowie für sein Entgegenkommen bei Abfassung der Arbeit, zu Dank verpflichtet. Ebenso danke ich Herrn Prof. Dr. Fliege für die Arbeitserlaubnis am Zahnärztlichen Institut als auch für seine Anregungen zu dieser Arbeit.

Literatur.

Antonini: Betrachtungen über die Therapie der Mundtuberkulose. DzW. 1934, H. 17, S. 398.

— Über einige Fälle von Tuberkulose der Mundhöhle. DzW. 1933, H. 19, S. 463.

Arzt-Zieler: Die Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1934.

Berberich: Lehrbuch der Mund- und Rachenkrankheiten. 1932.

— Entzündungsbekämpfung in Mund- und Rachenhöhle. DMW. 1933, S. 1508.

Bichlmayr: Das Zahnsystem als Eingangspforte tuberkulöser Infektion. Dtsch.Tbkbl. 1935, H. 9, S. 163.

Brown: Typische chronische Infektionserscheinung im Bereich des Mundes. ZfStom. 1933, H. 13, S. 895.

Buettner: Die Tbc. und dentale Herderkrankungen. DzW. 1934, H. 12, S. 276.

Burruano: Die Heilung der Extraktionswunde bei Tuberkulösen. DzW. 1934, H. 17, S. 397.

Burckhard und *Bahl:* Über die Häufigkeit der Mundschleimhauttuberkulose bei offenen Halsdrüsen. Med.Welt 1934, S. 487.

Campoy: Tuberkulose und Zahnkaries. DzW. 1933, H. 28, S. 676.

Diasio: Komplikationen am Zahnfleisch in der dermatologischen Therapie. DzW. 1933, H. 30, S. 725.

Ecker: Die Behandlung des Lupus in der Mundhöhle, insbesondere nach Pfannenstiel. Diss. 1932 (Königsberg).

Feuz: Für Behandlung der Tuberkulose mit Pyrogallussäure. Rev. de laryng. 54, S. 1045, 1933.

Flandin und *Jassier:* Der Einfluß der Zahnerkrankung auf die Entstehung von Hautkrankheiten. DzW. 1933, H. 18, S. 436.

Geschickter: Zusammenwirken von Arzt und Zahnarzt in der Diagnostik und Therapie. DzW. 1934, H. 11, S. 256.

Handowsky: Infektionen der Mundhöhle und Allgemeinerkrankungen.

Jesionek: Lichttherapie des Lupus. Strahlenther. 1933, H. 48, S. 659.

Jobst: Über eine neue Behandlungsmethode des Lupus. ZtrBl. f. H. u. G. 1929, S. 687.

Mela: Experimentelle Untersuchungen über die transdentäre Tuberkulose. DzW. 1933, H. 41, S. 991.

Miller: Mikroorganismen der Mundhöhle.

Nowack: Allgemeine Übersicht über die Schleimhauttuberkulosefälle der Freiburger Univ. Hautklinik von 1915–1934. Diss. 1934.

Nußbaum und *Tebrügge:* Die Behandlung der Schleimhauttuberkulose mit Vereisung. A. f. Ohren 1932, H. 3, S. 227.

Poomann: Über die Goldbehandlung des Lupus vulgaris. Eesti Arst 13, S. 107, 1934.

Richter: Neuer Weg in der Behandlung des Lupus vulgaris. Münch. med. Wschr. 1934, I. S. 644.

Roy: Der primäre Zahnfleischlupus. Odontologie Bd. 66, Nr. 1, S. 5, 1928.

Schlegel: Die Behandlung der unspezifischen Schleimhauterkrankungen. Med. Welt 1933, H. 49.

Schmieden: Über die operative Radikalbehandlung des Lupus. Zbl. Chir. 1934, S. 790.

Stein: Tuberkulöse Primärinfektion durch einen pulpakranken Zahn. Z. f. Stom. 1933, H. 3, S. 196.

Trautmann: Krankheiten der Mundhöhle bei Dermatosen.

Uhlig: Die Behandlung des Zahnfleischlupus mittels chirurgischer Diathermie. Z. f. Stom. 1934, H. 3, S. 170.

Wagner: Zusammenhänge zwischen Zahnheilkunde und Gesamtmedizin unter besonderer Berücksichtigung der stomatogenen Herdinfektion. Med. Klin. 1934, H. 1.

Lebenslauf.

Am 18. Januar 1911 wurde ich, Walter Goubeaud, als Sohn des Bahnhofvorstehers Georg Goubeaud und seiner Ehefrau Wilhelmine, geb. Keiner, zu Abendstern, Kreis Gießen, geboren und evangelisch getauft. Nach dreijährigem Besuch der Volksschule zu Heuchelheim, Kreis Gießen, trat ich 1920 in die Sexta der Oberrealschule zu Gießen ein, wo ich am 14. Februar 1929 die Reifeprüfung ablegte. Im Sommersemester 1929 bis Sommersemester 1932 war ich als ordentlicher Studierender der Medizin an der Universität Gießen. Im Wintersemester 1932/33 ging ich als Studierender der Zahnheilkunde nach Marburg. Am 10. März 1934 legte ich hier die zahnärztliche Vorprüfung ab. Nach weiterem dreisemestrigem Studium bestand ich am 9. November 1935 das zahnärztliche Staatsexamen. Von diesem Zeitpunkt bis jetzt war ich mit der vorliegenden Dissertation beschäftigt.

Meine akademischen Lehrer waren:

In Gießen: Becher, Bürker, Elbs †, Feulgen, Henneberg, Honigmann †, König, Küster, Schmidt, Weitz.

In Marburg: Baars, Baur, Boeminghaus, Dabelow, Dittler, Eimer, Fliege, Kunzendorf, Pfannenstiel, von Reckow, Rix, Ruete, Seidel †, Versé.